

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO GINNASIO STATALE "ORAZIO"**

Via Alberto Savinio, 40 - 00141 – ROMA 06121125256
C.F. 80258390584 Codice univoco UFOAOG
email: rmpc150008@istruzione.it pec: rmpc150008@pec.istruzione.it

SCHEDA MEDICA

*Autosomministrazione di farmaco in orario scolastico da parte di studentessa/studente minorenni
che abbia compiuto 14 anni*

Da compilare a cura del medico curante o specialista.

Dati della studentessa / dello studente

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Classe e sezione	

Dati del medico

Dott./Dott.ssa	
Qualifica / Specializzazione	
Recapito professionale	

Attestazione

ATTESTA

che la studentessa / lo studente sopra indicata/o necessita dell'autosomministrazione del farmaco durante l'orario scolastico e che l'assunzione del farmaco non può essere differita al di fuori del tempo scuola.

Indicazione del farmaco

Nome commerciale / principio attivo	
Forma farmaceutica	
Dosaggio	

Motivazione sanitaria della necessità di assunzione in orario scolastico

Descrizione	
-------------	--

Posologia e modalità di assunzione

Dose da assumere	
Orario / frequenza di assunzione	

Modalità di autosomministrazione	
---	--

Modalità di conservazione del farmaco

- ☐ A temperatura ambiente
☐ In frigorifero
☐ Altro: _____

Ulteriori indicazioni per la conservazione	
---	--

Precauzioni, effetti indesiderati o segnali di attenzione

Indicazioni	
--------------------	--

Comportamenti da adottare in caso di necessità o emergenza

Indicazioni	
--------------------	--

Attestazione relativa all'autosomministrazione

In relazione all'età, alla condizione clinica e alle modalità di assunzione del farmaco, si attesta che la studentessa / lo studente:

- ☐ è in grado di autosomministrarsi autonomamente il farmaco indicato;
☐ necessita delle seguenti cautele/attenzioni: _____

Periodo di validità della prescrizione

Dal	___ / ___ / ___
Al	___ / ___ / ___

- ☐ per l'intero anno scolastico di riferimento, salvo variazioni cliniche o terapeutiche.

Sottoscrizione

Luogo e data	
---------------------	--

Timbro e firma del medico
